

Condiciones Particulares

Cobertura:

MAPFRE SALUD INTERNACIONAL

CLAUSULA ANEXA DE INTERNACIÓN CLÍNICA Y/O QUIRÚRGICA (GENÉRICA)

Países donde se brindan los servicios: Estados Unidos de América, Argentina, Chile o Brasil

Beneficio Máximo: U\$S 250.000, excepto trasplante de órganos (en este caso será de hasta U\$S 400.000)

Deducible: U\$S 5.000

Edad límite de Ingreso: 64 años

Edad límite de Permanencia: sin límite

Ejemplo

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

Artículo 1°) DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

1) Las partes contratantes se someten a la presente póliza y a las leyes vigentes. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas. La póliza entra en vigencia en la fecha establecida en dichas Condiciones Particulares.

2) Esta póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante o los Asegurados Principales en sus respectivas solicitudes. Toda falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por los Asegurados Principales, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados individuales de los asegurados, según el caso.

Este Contrato se conviene en virtud de la solicitud presentada por el Asegurado y del compromiso de abonar las primas que se establecen en las Condiciones Particulares.

Todas las cláusulas y condiciones impresas o escritas por la Compañía en esta Póliza integran el presente Contrato.

Artículo 2°) VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia y que se expresa en las Condiciones Particulares y es válido por el período de un año renovándose por igual período salvo el derecho de cualquiera de las partes de darlo por terminado en cualquier momento con aviso previo de 60 días, mediante comunicación fehaciente.

Artículo 3°) PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, al Asegurado Titular y todas las personas integrantes del grupo familiar según lo establecido en el Anexo B (Definiciones) como Asegurado Familiar o Dependiente, que no hayan alcanzado la edad estipulada en las Condiciones Particulares y en la medida que hayan cumplido satisfactoriamente los requisitos de selección definidos por la Compañía Aseguradora.

Los nuevos miembros de familia, por matrimonio o nacimiento, serán retroactivamente incorporados al seguro desde la fecha de enlace, en el primer caso y desde la fecha de nacimiento, en el segundo, siempre y cuando el Asegurador sea informado dentro de los cinco días de producidos estos hechos en forma fehaciente por el tomador. Las incorporaciones por matrimonio quedarán sujetas al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad fijados para la presente póliza.

En los casos en que la solicitud de incorporación se efectúe con posterioridad al plazo referido, el Asegurador analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad requeridos.

Artículo 4°) OPCION DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO

1) Los asegurados incorporados en la Póliza antes de haber cumplido los dieciocho (18) años de edad, podrán continuar su cobertura después de haber cumplido dicha edad, suscribiendo una nueva póliza, sin plazo de espera y abonando la prima correspondiente a Asegurado Titular.

2) Cuando la caducidad de la cobertura, en el seguro de los hijos, se produzca a consecuencia de independencia económica o por contraer enlace matrimonial, estos tendrán derecho a suscribir una nueva póliza, sin plazo de espera para sí, abonando la prima correspondiente al nuevo estado civil.

3) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge superstite podrá continuar con la cobertura en las mismas condiciones pactadas a su inicio.

En todos los casos, las opciones tendrán validez, únicamente, si la prima correspondiente es abonada dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la vigencia del nuevo seguro.

Artículo 5°) DEFINICIONES

Las definiciones se detallan en el Anexo correspondiente.

Artículo 6°) FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA DE CADA INTEGRANTE DEL GRUPO

La cobertura de las personas cuya incorporación a esta póliza se hubiere solicitado con anterioridad a la cero (0) hora del día acordado para el comienzo de su vigencia y su respectiva propuesta también hubiera sido expresamente aceptada por el Asegurador con anterioridad a dicho momento, comenzará a regir desde dicha hora y fecha de vigencia

establecida en las Condiciones Particulares. Si la solicitud o aceptación de la respectiva propuesta fuere posterior, la cobertura comenzará desde la cero (0) hora del día 1° del mes siguiente a la fecha de aceptación, previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad.

Artículo 7°) REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

En forma previa a la aceptación de la cobertura que contempla esta Póliza, el Asegurable deberá realizar los exámenes médicos que la Aseguradora le solicite a tal efecto así como la presentación de documentación complementaria que le sea requerida. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá rechazar cualquier solicitud de ingreso a la cobertura.

Artículo 8°) RIESGO CUBIERTO

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Cláusulas Anexas que hubieren sido contratados específicamente mediante la presente póliza, en ocasión de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra, durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en dichas Cláusulas, dejándose expresamente aclarado que el otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las Cláusulas Anexas que cubran el evento previsto, y hayan sido expresamente contratadas según las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Artículo 9°) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA

El ámbito geográfico de la cobertura es el que se especifica para cada Cláusula Anexa.

Artículo 10°) PLAZO DE CARENIA

Cada una de las coberturas previstas en las Cláusulas Anexas tiene su plazo de carencia, basado en las características propias de las mismas. Dichos plazos se consignan en las respectivas Cláusulas.

Artículo 11°) BENEFICIOS PREVISTOS

Producida la contingencia cubierta y reconocido el beneficio que acuerda la presente póliza, en un todo de acuerdo con lo definido en el Artículo 1° de la Cláusula Anexa contratada, se otorgará el beneficio previsto.

Artículo 12°) RIESGOS NO CUBIERTOS

Los Riesgos no cubiertos específicos para cada Cláusula Anexa, se detallan en el articulado de las mismas.

Artículo 13°) PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

1) La Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses, plazo durante el cual esta póliza continuará en vigor.

2) Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán todos los derechos emergentes de esta póliza sin necesidad de aviso previo.

3) En caso de fallecimiento de algún asegurado, la obligación del pago de primas cesará en la fecha de exigibilidad de la prima correspondiente al mes de su fallecimiento.

Artículo 14°) FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Sin perjuicio de la caducidad automática de esta póliza por falta de pago de las primas, el Contratante adeudará al Asegurador la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

Artículo 15°) CADUCIDAD DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

1) La cobertura de cada Asegurado caducará en los siguientes casos:

- a) Por su renuncia a continuar con la cobertura;
- b) Para los Asegurados Familiares cuando el asegurado Principal renuncie a la cobertura o pierdan su condición de miembros del grupo familiar primario, según se lo definió en el artículo 5° de estas Condiciones Generales y en el Anexo respectivo;
- c) Por la comprobación de errores, reticencia, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionados con sus reclamos;
- d) Por rescisión o caducidad de la póliza, caducando simultáneamente todas las coberturas individuales incluidas en ella.
- e) Al cumplir el Asegurado Dependiente la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares o 18 años de edad en caso de tratarse de hijos menores del Asegurado Principal.
- f) Por muerte del Asegurado;
- g) En el caso de Asegurados Familiares, por muerte del Asegurado Titular.
- h) por no pertenecer a un Plan de Asistencia Nacional de Salud
- j) Si el asegurado no cumple el requerimiento de residencia en la República Oriental del Uruguay, al menos nueve (9)

meses en cada Año Póliza, o

k) Si reside físicamente en alguno de los países donde se brindan los servicios (indicados en las Condiciones Particulares), por más de tres (3) meses en cada Año Póliza, o

l) Si trabaja en forma temporal o permanente en alguno de los países donde se brindan los servicios (indicados en las Condiciones Particulares)

2) Cuando el cónyuge y/o los hijos ejerzan la opción de continuidad prevista en el Artículo 4º de las presentes Condiciones Generales, no serán aplicables para ellos los causales de terminación de la cobertura descriptos en los incisos d), e) y g).

3) Tanto la renuncia que refiere el punto a) como el retiro del grupo previsto en el punto h) del inciso precedente, serán comunicadas al Asegurador por el Asegurado y/o Contratante y la póliza o el certificado individual, según corresponda, quedará rescindido el día primero del mes siguiente al de la fecha en que el Asegurador haya recibido dicha comunicación o el Asegurado haya cumplido la edad establecida en las Condiciones Particulares.

Artículo 16º) RESCISION DEL CONTRATO

Esta póliza podrá ser rescindida tanto por la Aseguradora como por el Contratante, estableciéndose como único requisito el aviso por escrito u otro medio de comunicación fehaciente, remitido con anticipación no menor a treinta (30) días.

La Aseguradora estará imposibilitada de rescindir la cobertura si a la fecha pretendida de rescisión, alguno de los Asegurados presentara afecciones relacionadas con los Riesgos Cubiertos, que pudieran dar lugar a prestaciones presentes o futuras en los términos de la presente póliza y durante la vigencia de la misma.

Artículo 17º) RIESGOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada Cláusula Anexa, se deja expresa constancia que la Aseguradora no indemnizará cuando el siniestro se produzca en los siguientes casos:

- a) Proporcionado en relación con, o como resultado de
 - cualquier enfermedad o condición que no esté cubierta bajo este Contrato;
 - que resulte de una condición preexistente a la fecha de ingreso a la póliza.
 - Enfermedades Congénitas, salvo las autorizadas específicamente en el presente contrato
 - una Enfermedad que haya sido causada, derivada o agravada por una enfermedad preexistente;
- b) Incurrido en un Hospital que no haya sido aceptado por la Compañía o sin la previa autorización de la Compañía; o incurrido fuera de los países donde se brinden los servicios de esta póliza (de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza), o internaciones con una duración menor a 24 horas, salvo las específicamente cubiertas y autorizadas por la Compañía;
- c) Incurrido por Maternidad, incluyendo embarazo, parto y complicaciones del embarazo; o incurrido por aborto voluntario, y sus consecuencias, aunque fuera realizado en países donde no estuviera penado por la ley;
- d) Suministrado durante el período de carencia;
- e) Proporcionado a recién nacidos, patológicos o no, gestados mediante los procedimientos de fertilización asistida y sus consecuencias;
- f) Considerado Experimental o Electivo, o que haya sido proporcionado por una institución o centro de servicios que no estén reconocidos como un Hospital; o que haya sido proporcionado por un pariente cercano;
- g) Tratamiento odontológico;
- h) Realizado con fines exclusivamente de diagnóstico, o con el objeto de efectuar revisiones periódicas de salud;
- i) Que exceda los gastos razonables y acostumbrados; o que no sea médicamente necesario, o el cual no hubiese sido suministrado de no existir este Contrato; o por el cual no se hayan hecho gastos; o por el que un Asegurado no esté legalmente obligado a pagar; que excedan los montos establecidos en las cláusulas anexas.
- j) Proporcionado por cirugía o tratamiento cosmético o estético, salvo que se tratare de una cirugía o tratamiento reparador, consiguiente a una enfermedad, accidente o condición cubierta. Tratamiento o cirugía para la reducción de peso;
- k) Incurrido por concepto de orthesis, o por la compra o alquiler de todo tipo de arnés, bastones, muletas, sillas de ruedas, camas ortopédicas, trípodes; tutores externos; Elementos de tracción y reducción, taloneras, estribos, lechos; Andadores y sillas para patologías infantiles.

- l) Incurrido por internaciones clínicas correspondientes a enfermedades mentales, desórdenes nerviosos o emocionales, neurosis o psicosis; y en general, en relación con cualquier terapia o tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico; o alcoholismo, abuso o adicción de drogas, o toxicomanía, o a consecuencia de lesiones sufridas por accidente ocasionado por encontrarse el Beneficiario bajo el influjo del alcohol o drogas;
- m) Por drogas y medicinas que no hayan sido prescritas por un médico, o para cuya obtención no se requiera una receta o prescripción de un Médico; y que no tengan relación alguna con los módulos cubiertos; o medicamentos recetados al paciente para consumo luego de que haya sido dado de alta del Hospital o Centro de Trasplantes;
- n) Incurrido por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar, servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, hospicio, asilo u hogar de ancianos, o en una institución o centro para tratamientos de rehabilitación, aunque el mismo pertenezca, o forme parte de un Hospital, y aunque tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de alguna de las patologías cubiertas;
- o) Proporcionados en relación con, o como resultado de tentativas de suicidio y/o lesiones o daños intencionalmente infligidos a sí mismo, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón y/o drogadicción o alcoholismo;
- p) Proporcionados en relación con, o como resultado de la participación activa en hechos delictivos, riñas, disturbios callejeros, huelgas, revoluciones, insurrección, servicio militar o naval de cualquier país, o en un acto de guerra, declarada o no; o vinculado a la práctica profesional de cualquier deporte; o vinculado a la práctica de deportes arriesgados (tales como conducción de vehículos de competición, vuelos sin motor, alpinismo, buceo, esquí u otros similares)
- q) Suministrado en relación con, o como resultado de enfermedades o condiciones que hayan sido contraídas como resultado de contaminación nuclear, o como resultado de un ataque con productos químicos efectuado durante un acto de guerra;
- r) Incurridos por concepto de una internación en un Hospital o Centro de Trasplantes con una duración menor de 24 horas consecutivas contadas a partir de la fecha de ingreso; salvo aquellos tratamientos cubiertos por este contrato, previamente autorizados por la Compañía.
- s) Proporcionado en procesos de esterilización; tratamiento de la infertilidad, inseminación artificial, implantación de embriones in vitro o in vivo; reversión de una esterilización, frigidez, impotencia, o cambios de sexo;
- t) Servicios de traslado o ambulancia aérea;
- u) Cualquier condición relacionada con el virus HIV positivo del tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o del Síndrome Completo Relativo al SIDA (SCRS).
- v) Servicios prestados a un Beneficiario como paciente externo, con la excepción de los beneficios pagaderos establecidos específicamente en la presente póliza y hasta los montos máximos indicados en la misma.
- w) Cualquier servicio cubierto por otra Compañía de Seguros u otro Plan o servicio de Salud, en el lugar donde se encuentre el asegurado.

Artículo 18°) INFORMACIONES QUE DEBEN SUMINISTRARSE AL ASEGURADOR

El Contratante y los Asegurados se comprometen a suministrar todas las informaciones necesarias para el fiel cumplimiento de esta póliza, tales como fechas de nacimiento, libreta de matrimonio o cualquier otra que se relacione con el seguro.

Los Asegurados Principales deberán comunicar al Contratante, dentro de los cinco (5) días de producida cualquier circunstancia que origine variaciones en los miembros del Grupo Familiar cubierto por esta póliza.

El incumplimiento de este artículo, hará caducar el derecho indemnizatorio.

Artículo 19°) COMPROBACION DE LA EDAD DE LOS ASEGURADOS

Cada Asegurado deberá probar mediante documentación fehaciente, la edad declarada en su solicitud individual. Dicha comprobación podrá hacerla el Asegurado en cualquier momento y el Asegurador podrá exigirla antes de otorgar cualquier beneficio acordado por esta póliza, ya sea al Asegurado o al Contratante.

Artículo 20°) AVISO DE SINIESTROS

Corresponde al Asegurado:

- a) Denunciar la existencia de necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria dentro del plazo estipulado en la/s Cláusula/s Anexa/s contratada/s. El mencionado plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Asegurado de

denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se otorga un plazo adicional de 24 horas corridas de cesado el caso fortuito o la fuerza mayor, para producir la denuncia.

b) Presentar al Asegurador pruebas fehacientes de los servicios requeridos mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, efectuadas y certificadas por un profesional médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste último.

El incumplimiento de este artículo, hará caducar el derecho al beneficio.

Artículo 21°) PLAZO DE PRUEBA

El Asegurador dentro de los treinta (30) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el Artículo anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el artículo 20° no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de comunicar la aceptación o el rechazo del siniestro.

La no contestación por parte de la Aseguradora dentro del plazo establecido significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Será requisito indispensable para la obtención del beneficio previsto en la/s Cláusulas/ Anexa/s contratada/s, que la misma cuente con la autorización del médico auditor de la Aseguradora.

Las denuncias de necesidad de tratamiento deberán formularse por escrito, adjuntando la documentación indicada en el artículo 20 y cualquier otra documentación que pueda servir a la compañía para la evaluación del caso.

Ninguna estipulación de esta póliza que determine exclusiones de cobertura o pérdidas de derecho del asegurado o del beneficiario podrá interpretarse de modo que prive al asegurado de ofrecer o producir prueba tendiente a acreditar que no se verificaron las circunstancias en las que se fundamenta la exclusión de cobertura o pérdida de derechos.

Artículo 22°) ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL:

Las coberturas previstas en las Cláusulas Anexas son de carácter estrictamente prestacional.

El Asegurador, a través de la Red de Prestadores, brindará al Asegurado las prestaciones que éste pudiere demandar, para el tratamiento de su Enfermedad o Accidente.

Si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico sin la previa autorización y coordinación de los servicios efectuada por la Compañía o si recibiera atención médica en un Establecimiento Asistencial o por un proveedor médico, distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia y/o emergencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un prestador no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador en un plazo máximo de 24 horas.

Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, de acuerdo a lo establecido en el artículo 20, reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie incurridos por el Asegurado, dentro de los 30 días de consolidado el siniestro.

Queda expresamente convenido, que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los tratamientos y/o servicios médicos, como así también en las intervenciones quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones asistenciales que lo atienden o hubieren atendido con motivo de su afección.

Artículo 23°) RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia, aún hecha de buena fe, en que incurra el Asegurado al proponer la celebración del contrato de seguro, hacen nulo el seguro, quedando en ese caso la prima a beneficio del Asegurador. Siendo la propuesta una parte integrante del seguro, el proponente debe dar debida respuesta a todos y cada uno de los datos sobre los que se requiere información.

El Asegurador deberá alegar la reticencia dentro de un plazo máximo de tres meses a contar desde su conocimiento del hecho que la constituye. Vencido dicho plazo, caducará su derecho de alegarla en el futuro.

Artículo 24°) PLURALIDAD DE SEGUROS

Si los asegurados o contratantes ya hubieren cubierto el mismo interés y riesgo mediante la contratación de seguros anteriores (ya sea con el Asegurador u otros), el asegurado o contratante deberán comunicarlo por escrito al Asegurador con indicación del Asegurador, suma asegurada y vigencia. En tal caso, si el capital asegurado por la póliza contratada supera a las sumas aseguradas anteriormente, el Asegurador garantizará exclusivamente por el exceso de cobertura. Los asegurados y contratantes también deberán comunicar por escrito al Asegurador toda renuncia, rescisión y modificación de la póliza anterior.

Asimismo, los asegurados o contratantes deberán dar aviso por escrito al Asegurador de la celebración posterior de cualquier contrato que cubra el riesgo amparado por esta póliza.

La omisión de los asegurados o contratantes de efectuar las comunicaciones exigidas en este artículo determinará la

caducidad del derecho indemnizatorio y de cualquier beneficio establecido en esta póliza.

Artículo 25°) DUPLICADO Y COPIAS DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS

1) En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier Certificado Individual, el Contratante y/o el Asegurado podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Contratante o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

2) El Contratante y/o Asegurado tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente Certificado Individual.

Artículo 26°) CESIONES

Los derechos emergentes de esta póliza serán transferidos parcial o totalmente a favor de Establecimientos Asistenciales y/o profesionales médicos, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada de modo expreso y fehaciente por la Aseguradora.

Artículo 27°) IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante y/o de los Asegurados Principales, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 28°) CÓMPUTO DE LOS PLAZOS. NOTIFICACIONES

Todos los plazos de días, indicados en la presente Póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario. Toda comunicación, denuncia y/o notificación deberá efectuarse por telegrama colacionado u otro medio fehaciente en el domicilio especial de las partes.

Todos los plazos que venzan en día inhábil o feriado se entenderán prorrogados hasta el primer día hábil siguiente

Artículo 29°) DOMICILIO PARA LAS DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato es el último declarado por ellas.

Artículo 30°) MONEDA DE PAGO

Los pagos a cargo del Contratante y/o Asegurado, en su caso, deberán realizarse en la moneda que se establezca en las Condiciones Particulares.

Por su parte, el Asegurador deberá cumplir los compromisos derivados de la presente póliza en la moneda en que se haya efectuado el contrato.

Asimismo queda expresamente convenido que si al momento que se debe pagar el beneficio correspondiente en la moneda pactada, esta fuere indisponible por causas no imputables al Asegurador, el beneficiario sólo tendrá derecho a exigir la entrega de su equivalente en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay según la cotización del Banco Central de la República Oriental del Uruguay para la moneda pactada tipo vendedor, al día hábil inmediato anterior a la fecha del respectivo pago.

Por otra parte, se deja aclarado que si al momento que se debe pagar la prima correspondiente en la moneda pactada, esta fuere indisponible por causas no imputables ni al Contratante ni al Asegurado, el Asegurador sólo tendrá derecho a exigir la entrega de su equivalente en moneda de curso legal en la República Oriental del Uruguay según la cotización del Banco Central de la República Oriental del Uruguay para la moneda pactada tipo comprador, al día hábil inmediato anterior a la fecha del respectivo pago.

Artículo 31°) PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en esta póliza y/o en los certificados respectivos, según el caso, prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente.

Artículo 32°) JURISDICCIÓN y DERECHO APLICABLE.-

Toda controversia judicial relativa a la presente póliza, y a los respectivos certificados, según el caso, será dirimida ante los Juzgados que corresponda del departamento de Montevideo, República Oriental del Uruguay, así como también el Derecho aplicable.

MAPFRE LA URUGUAYA S.A.



CLAUSULA ANEXA DE INTERNACIÓN CLÍNICA Y/O QUIRÚRGICA (GENÉRICA)

Esta Cláusula complementa las Condiciones Generales de la presente póliza de "Seguro de Salud Internacional", de la cual forma parte integrante, quedando por lo tanto sujeta a todos sus términos y condiciones en tanto no se opongan a los de la presente.

1º) RIESGO CUBIERTO

La Aseguradora concederá el beneficio que acuerda esta Cláusula Anexa cuando el Asegurado acredite la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria y siempre que el origen de la enfermedad o accidente que generó la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria se hubiere producido de acuerdo a la forma establecida en la presente Cláusula y durante su vigencia. No se cubrirán condiciones preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria

Se establece un período de carencia de noventa (90) días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado para el caso de necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria por enfermedad, durante el cual la cobertura de cada Asegurado debe estar en vigencia ininterrumpidamente. Este período deberá ser cumplimentado nuevamente si el Asegurado ingresa al seguro luego de haber estado interrumpido en su vigencia por un período mayor a seis (6) meses, independientemente de los requisitos de asegurabilidad que exija la Aseguradora en tal caso.

El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria se origine como consecuencia de un accidente.

2º) BENEFICIO

La Aseguradora, comprobada la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria descrita en Riesgo Cubierto, cubrirá los Gastos Médicos cubiertos previamente autorizados incurridos en concepto de servicios, tratamientos y/o suministros proporcionados en relación con o como consecuencia de una internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria en la Red de Prestadores, hasta la Suma Asegurada máxima establecida en las Condiciones Particulares y según el detalle que se indica a continuación:

I) Beneficio máximo pagadero por año a partir del siniestro o evento por beneficiario: será el que se indica en las condiciones particulares. La suma de todos los beneficios detallados en el presente artículo no podrá superar dicho Beneficio Máximo.

Deducible por año a partir del evento o siniestro: será el que se indica en las condiciones particulares.

II) Porcentaje de beneficios pagaderos por año a partir del evento o siniestro, después del deducible: 100%.

III) Beneficios del plan:

a) Los gastos incurridos por internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria por un beneficiario durante un período de hospitalización, incluyendo los servicios de ambulancia en los países donde se brindan servicios (especificados en las Condiciones Particulares).

Máximo número de días de internación por paciente por año pagaderos en un año a partir del siniestro:

- Máximo número de días corridos a partir del siniestro: 90 días.
- Máximo número de días interrumpidos por año a partir del siniestro: 120 días.

b) Los servicios ambulatorios para un beneficiario como paciente externo en un Prestador de la Red de Prestadores de Servicios Médicos de los países donde se brindan servicios (especificados en las Condiciones Particulares) por concepto de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia proporcionados por o como consecuencia de una enfermedad de cáncer, después de haber sido satisfecho el deducible.

Beneficio máximo pagadero por año a partir del siniestro por concepto de quimioterapia y/o radioterapia combinados: U\$S 50.000.-

c) Los tratamientos y/o servicios pre y post operatorios que sean considerados médicamente necesarios para el paciente a causa de o como consecuencia de un tratamiento clínico y /o quirúrgico efectuado a éste durante una internación hospitalaria cubierta por este seguro y siempre que tales servicios sean:

- Proporcionados al asegurado como paciente externo de un hospital o centro de trasplantes;
- Hayan sido ordenados por el médico cirujano que efectuó la cirugía;
- Solamente estarán cubiertos los tratamientos y/o servicios que se proporcionen al paciente antes de la fecha en que éste sea dado de alta definitiva por el médico o cirujano.

Se pagarán beneficios hasta los siguientes límites:

- Tratamientos y/o servicios pre y post operatorios: Hasta U\$S 50.000.- c/u
- Angioplastia coronaria: Hasta U\$S 20.000.-

d) Los servicios de asistencia (por reembolso) a un acompañante durante el período de hospitalización de un beneficiario.

Beneficio máximo pagadero por día de internación: U\$S 100.-

Máximo de días durante los cuales se pagará este beneficio: 30 días.

e) Los gastos incurridos por internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria a raíz de Enfermedades Congénitas:



hasta U\$S 50.000.-

IV) En consecuencia, dentro de las sumas y condiciones indicadas en esta cláusula Anexa, se cubrirán los siguientes servicios médicos, tratamientos y procedimientos médicos:

- 1) Internación en un hospital o centro de trasplantes por concepto de:
 - Habitación y comidas; y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semiprivada o unidad de cuidados intensivos;
 - Otros servicios hospitalarios, excepto artículos de uso personal o que no sean de índole médica o por servicios de cualquier clase proporcionados a un pariente cercano, acompañante o asistente, incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital.
- 2) Honorarios: por concepto de tratamientos, cuidados médicos o por cirugías efectuadas y prescritas por un médico.
- 3) Visitas médicas en el hospital efectuadas a un asegurado mientras se encuentre internado en un hospital: la Aseguradora reconocerá solamente una visita diaria mientras dure la hospitalización, entendiéndose por visita médica a la visita personal hecha por el médico consultante del Asegurado en el hospital o centro de trasplantes.
- 4) Por los servicios y tratamientos siguientes:
 - Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un médico anestesista.
 - Exámenes de rayos x con fines de diagnóstico, exámenes de laboratorio, tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética, cámara gamma y otras pruebas similares, requeridas en relación con el riesgo cubierto por esta cláusula Anexa, siempre que hayan sido suministradas por un médico o bajo la supervisión de un médico.
 - Oxígeno y su administración.
 - Drogas, materiales descartables, alimentación parenteral y medicinas que sean recetadas por un médico como parte del tratamiento durante la internación.
- 5) Prótesis: se reconocerán los elementos protésicos en función de la indicación quirúrgica que generó la derivación para su tratamiento y posterior implante en el hospital o centro de trasplantes, cuando la implantación sea considerada médicamente necesaria dentro de los gastos razonables y acostumbrados. Se excluyen las prótesis electrónicas o computarizadas, salvo marcapasos y cardiodesfibriladores.
- 6) Ablación y traslado de órganos y tejidos (sin que la obtención del órgano o tejido esté a cargo de la Aseguradora):
 - a) Por servicios prestados durante el proceso de remoción, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intenta trasplantar a un Asegurado (de un donante fallecido).
 - b) Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido a un Asegurado incurridos por:
 - Investigación de donantes potenciales;
 - Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplantes por concepto de habitación privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal de un hospital o centro de trasplantes; pruebas de laboratorio y uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuando los artículos de uso personal que no sean de índole médica) y siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido a trasplantar.
 - Cirugías y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante, que se intenta trasplantar al Asegurado.
 - c) A los efectos de esta cláusula Anexa, sólo se cubren los siguientes trasplantes de órganos y/o tejidos: Riñones, Corazón, Páncreas, Hígado, Pulmones, Médula ósea proveniente de un donante o del mismo paciente.
- 7) Cultivo de la médula ósea: por servicios y materiales suministrados para el cultivo de la médula ósea en relación con un trasplante de tejido practicado en el Asegurado.

3º) CARACTER DEL BENEFICIO

El beneficio que otorga la presente Cláusula Anexa es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

4º) INVESTIGACIONES Y REVISACION DE LOS ASEGURADOS

- 1) A fin de determinar la procedencia y extensión de las prestaciones a su cargo, la Aseguradora podrá hacer revisar al Asegurado por facultativos designados por ella. Asimismo, podrá solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado. En general, podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar la exactitud de las informaciones recibidas.
- 2) Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con la necesidad de su internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria y/o los servicios, y/o los suministros recibidos por el Asegurado en relación con su diagnóstico fuera errónea, simulada o fraudulenta, hará perder al Asegurado todo derecho a la prestación, sin perjuicio de que la Aseguradora inicie contra los responsables las acciones legales que correspondieren.

5°) ELECCION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

El Asegurador, a través de la Red de Prestadores brindará al Asegurado las prestaciones que éste pudiese demandar, para el tratamiento de su Enfermedad o Accidente. Sólo se reconocerán los gastos por servicios médicos cubiertos cuando los mismos hayan sido pre-autorizados y coordinados por el Asegurador o quien este designe, salvo lo expresado en el artículo 25 de las Condiciones Generales en relación a las urgencias médicas..

Queda expresamente convenido, que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los tratamientos y/o servicios médicos, como así también en las intervenciones quirúrgicas a las que debiera someterse el Asegurado.

El Asegurado se obliga a relevar del secreto médico a todos los profesionales o instituciones asistenciales que lo atienden o hubieren atendido con motivo de su afección.

6°) DENUNCIAS Y DECLARACIONES

1) El Asegurado o el Contratante deberán informar directamente a la Aseguradora cualquier diagnóstico acerca de la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria dentro de los 5 días corridos de haber sido notificados del mismo. Este plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Asegurado o Contratante de denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se otorga un plazo adicional de 24 horas corridas de cesado el caso fortuito o la fuerza mayor para producir la denuncia. Dicho diagnóstico deberá ser confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorios efectuados y certificados por un profesional médico especialista en dicha patología, autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión. Además, deberá presentar copia de la historia clínica vigente del Plan de Asistencia Nacional de Salud al cual el Asegurado esté afiliado. Y de cualquier otra institución o proveedor médico del cual hubiese recibido servicios, si la compañía lo requiere.

2) El Contratante y/o el Asegurado se comprometen a suministrar a la Aseguradora todas las informaciones necesarias y documentación fidedigna para el fiel cumplimiento de esta Cláusula Anexa.

3) No se considerará consolidado el reclamo si no se presenta la documentación requerida.

El incumplimiento de este artículo hará caducar el derecho indemnizatorio.

7°) RIESGOS NO CUBIERTOS

Sin perjuicio de las exclusiones contempladas en el Artículo N° 17 de las Condiciones Generales de la presente póliza, la Aseguradora no dará cobertura cuando la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado, que sean causa de una internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria.
- b) Ningún pago se hará efectivo bajo este seguro si el origen de la enfermedad que genere la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria futura se produce durante el período de carencia de 90 días contados a partir del inicio de vigencia de la presente Cláusula Anexa para cada Asegurado. El referido período de carencia no será aplicable en los casos en que la necesidad de internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria se origine como consecuencia de un accidente.
- c) Todo gasto incurrido en un hospital que no haya sido aceptado por la Aseguradora o sin la previa autorización de la misma;
- d) Prestaciones con fines exclusivamente de diagnóstico o con el objeto de efectuar revisiones periódicas de salud.
- e) Gastos por internaciones correspondientes a enfermedades mentales, desórdenes nerviosos o emocionales, neurosis o sicosis; y en general en relación con cualquier terapia o tratamiento psicológicos, síquico o siquiátrica; o alcoholismo, abuso o adicciones de drogas o toxicomanía o a consecuencia de lesiones sufridas por accidentes ocasionados por encontrarse el Asegurado bajo el efecto de alcohol o drogas.
- f) Servicios prestados a un Asegurado como paciente externo, salvo los casos previstos en el ítem b del artículo 2° de esta cláusula anexa.
- g) Medicamentos ambulatorios.
- h) Cualquier servicio cubierto por otra Compañía de Seguros u otro Plan o Servicio de Salud, en el lugar donde se encuentre el asegurado.

8°) AMBITO GEOGRAFICO DE LA COBERTURA

La internación clínica y/o quirúrgica hospitalaria deberán ser realizados en establecimientos correspondientes a la Red de Prestadores informada por la Aseguradora en aquellos países especificados en las Condiciones Particulares, los cuales estarán debidamente autorizados a tal fin por la autoridad competente, y los profesionales estarán habilitados para tal fin, quedando excluido cualquier establecimiento que no cumpla con estos requisitos. La Aseguradora podrá quitar o agregar establecimientos de la Red de Prestadores.

DEFINICIONES

- a) **TOMADOR O CONTRATANTE:** A la persona física o jurídica contratante de la póliza que suscribe la propuesta y el respectivo contrato de Seguro.
- b) **ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL:** Asegurado individual que haya aprobado los requisitos de selección determinados por el Asegurador y que a la fecha de vigencia no hubiera superado la edad establecida en las Condiciones Particulares.
- c) **ASEGURADO FAMILIAR O DEPENDIENTE:**
A los miembros, primarios de la familia del Asegurado Titular o Principal.
Miembros de la Familia: 1) Al cónyuge legal que conviva con el Asegurado Principal. 2) A los hijos, matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos, del Asegurado Principal o del Cónyuge, y a los hijos adoptivos del Asegurado Principal, siempre y cuando dichos hijos sean solteros, no emancipados, tengan más de 9 días y menos de 18 años de edad y compartan el hogar del Asegurado Principal.
En el caso de los cónyuges éstos podrán incorporarse a los beneficios de la póliza hasta la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares.
- d) **ASEGURADO:** Al Asegurado Principal y al Asegurado Familiar.
- e) **COMUNICACIÓN FEHACIENTE:** Aquella comunicación por telegrama colacionado, carta certificada o por escrito con forma de recibido por la destinataria.
- f) **ASEGURADOR/A:** MAPFRE LA URUGUAYA S.A.
- g) **PREMIO:** Precio del seguro.
- h) **ACCIDENTE:** toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida independientemente de la voluntad de la persona, por la acción repentina y violenta de o con un agente físico externo.
- i) **ACOMPAÑANTE:** pariente cercano, o cualquier otra persona adulta, que acompaña al ASEGURADO durante su período de hospitalización en un Hospital o Centro de Trasplantes.
- j) **ANGIOPLASTIA:** Dilatación de la abertura de un vaso sanguíneo, por medio de un catéter de balón, el cual se inserta a través de la piel, y atravesando la pared del vaso, alcanza el sitio de la estrechez, y al inflarse, aplana la placa que produjo la estrechez contra la pared del vaso sanguíneo.
- k) **AÑO EVENTO:** Significa el período de tiempo de doce (12) meses consecutivos, que comienza en la fecha de la aceptación por parte de la Aseguradora del siniestros o evento denunciado.
- l) **BENEFICIO MÁXIMO o SUMA ASEGURADA:** Es la suma máxima de dinero que se pagará por Persona durante el año evento y que figura en las Condiciones Particulares. Cuando en las Condiciones Particulares se indique que el Beneficio Máximo será por asegurado, para su cálculo se sumarán todos los montos de Beneficios anuales pagados.
- m) **CÁNCER:** Significa una enfermedad caracterizada por la presencia de uno o varios tumores malignos cuyas células exhiben propiedades de invasión y metástasis, la cual ha sido diagnosticada como cáncer por un médico. El término "Cáncer" incluye Leucemia.
- n) **CENTRO DE TRANSPLANTE:** Significa una institución, la cual:
1. está habilitada y funciona como un Centro de Trasplantes de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio;
 2. está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes;
 3. se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de Trasplante de Órganos y Trasplante de Tejidos, y cuidados en unidades de cuidado intensivo;
 4. proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados;



5. posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo Trasplantes de Órganos y de Tejidos;
6. requiera un mínimo de dos años para recibir una certificación de cirujano de Trasplantes;
El término Centro de Trasplantes no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso; cuidados de custodia; cuidados de enfermería; cuidado de ancianos; cuidados de convalecencia; o tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales.
- o) **CIRUGÍA:** Intervenciones mecánicas o manuales que implican abordaje al organismo del paciente con instrumental especializado para reparar algún daño o enfermedad. Deberán ser realizadas por cirujano/s acreditado/s y en un quirófano institucional previsto para tal fin, autorizado por la Autoridad de Salud competente.
- p) **COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO:** Significa: 1) Un parto cesáreo que no fue electivo; 2) Un embarazo ectópico que ha terminado; 3) Una terminación espontánea del embarazo ocurrida durante un período de gestación en el cual no es posible un parto viable.
También se considera complicación del embarazo, aquellos casos en que el embarazo no haya terminado (por parto o por cualquier otro motivo), por cualquier condición médica que por afectar adversamente el embarazo exija la internación en un Hospital, tales como, a) Nefritis aguda; b) nefrosis; c) Descompensación cardíaca; o d) Aborto malogrado (el producto fetal es retenido en el útero durante cuatro (4) semanas o más después de la muerte del feto).
No se entenderá por Complicación del Embarazo el sangrado ocasional durante el embarazo, ni los períodos de descanso durante el embarazo, aún cuando sean ordenados por un Médico, o la náusea matutina causada por el embarazo.
- q) **COMPROBANTE DE GASTOS:** Significa el original del recibo, factura (u otra documentación idónea que sirva como sustituto de éstos), y que sea aceptable para La Aseguradora y que sirva para demostrar que un ASEGURADO ha incurrido en Gastos Médicos Cubiertos, en relación con los cuales se ha establecido un reclamo para el pago de beneficios bajo este Contrato.
- r) **DEDUCIBLE:** Es la primera participación a cargo del asegurado en los gastos cubiertos a consecuencia de accidente y/o enfermedad cubierta. Es la primera porción de gastos cubiertos incurridos por asegurado, por siniestro, que no será indemnizada por el Asegurador y queda a cargo del asegurado o contratante, según corresponda. El deducible se reinstalara cada año evento. El deducible no podrá ser satisfecho mediante la utilización de otra cobertura o plan de salud y deberá ser depositado por el asegurado en las cuentas indicadas por MAPFRE previamente a la prestación de los servicios cubiertos por esta póliza.
- s) **DONANTE:** persona viva o fallecida a la cual se le han extraído uno, o más de uno, de los Órganos o Tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlos (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado Médicamente Necesario.
- t) **ELECTIVO:** Significa, en relación con un Transplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía, el cual:
a) no es Médicamente Necesario
b) no es la única alternativa para lograr que un Asegurado tenga la posibilidad de vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición que sufre.
- u) **EMERGENCIA Y/O URGENCIA:** Significa la situación clínica de deterioro agudo de la salud de un individuo que supone un riesgo inminente de vida o un riesgo potencial de pérdida irreversible de una función, requiriendo asistencia inmediata y paliación de medidas terapéuticas sin demora alguna.
- v) **ENFERMEDAD(ES):** Significa una afección, dolencia o desorden físico.
- w) **ENFERMEDAD(ES) CARDÍACA(S):** enfermedad del Corazón, pero excluyendo cualquier enfermedad o anomalía congénita del Corazón, excepto los casos previstos para hijos cuya madre haya estado como Asegurada en la póliza por un período ininterrumpido no inferior a 10 meses, en cuyo caso se amparará hasta el tope establecido en la cláusula correspondiente.
- x) **ENFERMEDAD(ES) CONGÉNITA(S):** cualquier desorden o Enfermedad que haya sido adquirido por herencia, o que estaba presente en el momento del nacimiento
- y) **ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S):** enfermedad o desorden del Sistema Nervioso Central.
- z) **EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Significa que un tratamiento, cirugía, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento relacionado con los módulos cubiertos:



- No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para efectuar un Tratamiento de cualquiera de las patologías cubiertas, por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y
 - Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico.
 - Está limitado a los esfuerzos clínicos disciplinados y a los estudios científicos.
 - No se ha demostrado de forma objetiva que posee efecto o beneficio terapéutico, y
 - es médicamente cuestionable con respecto a su eficacia.
 - bajo estudio, investigación, en período de prueba, o en cualquier fase de ensayo clínico (Incluidos los protocolos de investigación).
- aa) **FECHA DE VIGENCIA:** Significa la fecha en la que entra en vigor la Cobertura según está indicado en las Condiciones Particulares. Para cada ASEGURADO es la fecha en la que ha sido aceptado como asegurado por el Asegurador e incluido como tal en la presente Póliza.
- bb) **HABITACIÓN SEMIPRIVADA:** Significa una habitación de un Hospital o Centro de Transplantes con baño, la cuál es compartida por dos pacientes.
- cc) **HOSPITAL:** Significa una institución pública o privada, la cual:
- Está habilitada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio; y
 - Se ocupa en primer término y por remuneración o no, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado de enfermos y accidentados; y
 - Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y
 - Posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.
- El término Hospital no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para: descanso; cuidados de custodia; cuidados de enfermería; cuidado de ancianos; cuidados de convalecencia; o tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales.
- dd) **INDEMNIZACIÓN:** Es la contraprestación a cargo del Asegurador, según las condiciones y los capitales especificados en los módulos contratados, en caso de producirse el siniestro.
- ee) **INTERNACIÓN HOSPITALARIA CLÍNICA y/o QUIRÚRGICA:** Significa el ingreso y estancia de un Asegurado en un Hospital o Centro de Transplantes en calidad de Paciente Interno como resultado de una Enfermedad o Accidente cubierto por esta Póliza.
- ff) **MÉDICAMENTE NECESARIO o NECESIDAD MÉDICA:** Significa una operación, procedimiento o tratamiento de cualquiera de los módulos cubiertos que:
- es apropiado y esencial;
 - no excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
 - ha sido prescrito por un Médico Especialista en la patología cubierta;
 - es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República Oriental del Uruguay y en los Estados Unidos de América (incluido Puerto Rico); y Europa.
 - en el caso de un paciente internado en un Hospital, no puede ser administrado fuera del Hospital, sin riesgo para el paciente.
- La Necesidad Médica será determinada basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, operación, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Médicamente Necesario.
- gg) **MÉDICO:** Una persona con licencia legal para practicar la medicina emitida por el Ministerio de Salud o la autoridad competente en el área donde ejerce su profesión.
- hh) **MÉDICO ESPECIALISTA:** es un Médico que se ha capacitado en un área específica de la medicina realizando estudios de postgrado o cuarto nivel académico y ha obtenido el título del organismo competente en esa rama de la medicina.
- ii) **MÉDULA ÓSEA:** Significa el tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.
- jj) **NÚMERO DE DÍAS CORRIDOS:** número total de días consecutivos de internación de un Beneficiario en un Hospital o en un Centro de Trasplantes, y que corresponden a un mismo Período de Hospitalización que tiene



lugar en un año evento.

- kk) **NÚMERO DE DÍAS INTERRUMPIDOS:** total de días de internación de un Beneficiario en un Hospital o en un Centro de Trasplantes, pudiendo corresponder tales días a más de un Período de Hospitalización.
- ll) **ÓRGANO:** parte del cuerpo que ejerce una función específica.
- mm) **PAÍS de RESIDENCIA:** Significa República Oriental del Uruguay.
- nn) **PERÍODO de CARENCIA o ESPERA:** Significa el o los períodos de tiempo indicados en las Condiciones Generales o Cláusulas Anexas durante el/los cuál/es los gastos médicos incurridos por un asegurado, no serán considerados Gastos Médicos Cubiertos y no serán reembolsados por la Aseguradora.
- oo) **PERÍODO de HOSPITALIZACIÓN:** significa el período de tiempo durante el cual un Beneficiario se encuentra internado en un Hospital o Centro de Trasplantes como paciente interno por, o como consecuencia de una Enfermedad o Accidente por el que, o debido al cual un Médico ha certificado dicha internación como una Necesidad Médica para tal Beneficiario. Sucesivos Períodos de Hospitalización se considerarán como un solo Período de Hospitalización si el paciente es dado de alta de un Hospital o Centro de Trasplantes y readmitido al mismo o a otro Hospital o Centro de Trasplantes dentro de los 30 días. A los efectos del Período de Hospitalización se considerará que un día completo comprende los gastos incurridos por no menos de 24 horas consecutivas de internación en un Hospital o Centro de Trasplantes, incluyendo los cargos hechos por habitación y comida.
- pp) **PLAN de ASISTENCIA NACIONAL de SALUD:** Significa cobertura médico quirúrgica proporcionada por una Institución de Asistencia Médica Colectiva o Privada (directamente o mediante Intermediación Financiera), o por un plan de Seguro de Salud de una compañía de Seguros u Obra Social, dentro del territorio nacional.
- qq) **PREEXISTENCIAS:** Aquellas enfermedades diagnosticadas o tratadas con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura de cada cláusula anexa para cada asegurado.
- rr) **QUIMIOTERAPIA:** Significa el uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.
- ss) **RADIOTERAPIA:** significa el uso de Rayos X o de otras sustancias radioactivas recetadas por un Medico para el tratamiento y control del cáncer.
- tt) **RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Significa un gasto que:
- es el gasto usual que cobraría el proveedor de servicios médicos a el asegurado por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera esta Cobertura; y
 - no excede el gasto usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.
- uu) **RECEPTOR:** significa una persona Asegurada por esta póliza que recibe un Trasplante de Órgano o de Tejido.
- vv) **RED de PROVEEDORES de SERVICIOS MÉDICOS:** grupo de Hospitales, Médicos, y otros proveedores de servicios médicos que cuentan con la aprobación de la Compañía. La utilización de los servicios de los proveedores de la red de servicios médicos requiere ser aprobados y coordinados previo al uso de los mismos por la Compañía. Los proveedores autorizados por la Compañía están sujetos a cambios.
- ww) **REEMBOLSO:** Reintegro de gastos producidos por el Asegurado, según las condiciones y capitales especificados en las Cláusulas Anexas, contra la presentación de comprobantes de gastos originales o copias certificadas.
- xx) **SINIESTRO:** Es el evento cuyo acaecimiento, una vez aceptado por la Aseguradora, tendrá cobertura de acuerdo a las condiciones de esta póliza. La fecha de siniestro es aquella en la cual es aprobada por la Aseguradora o por quien ésta designe, la documentación requerida.
Se consideran parte de un mismo siniestro todos los gastos cubiertos, derivados de una misma patología, en que haya incurrido un asegurado a partir de la fecha de siniestro y durante 12 (doce) meses contabilizados a partir de la misma, siempre que la póliza permanezca vigente.
- yy) **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:** significa el sistema que controla y regula las actividades del cuerpo y el cual está compuesto por el cerebro y la médula espinal.



- zz) **TEJIDO:** Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.
- aaa) **TRASPLANTE(S) de ÓRGANO(S):** Significa el procedimiento quirúrgico, Medicamento Necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se inserta en el cuerpo de un ASEGURADO cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), de un Donante fallecido o vivo.
- bbb) **TRASPLANTE de TEJIDOS:** Significa el procedimiento quirúrgico, Medicamento Necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se transfiere a un ASEGURADO Médula Ósea proveniente de un Donante, o del mismo paciente.
- ccc) **UNIDAD de CUIDADOS INTENSIVOS:** significa una entidad especial integrada a un Hospital o Centro de Trasplantes donde los pacientes –debido a una Emergencia Médica, Enfermedad o Accidente, reciben en forma continua y durante las 24 horas del día, bajo la dirección de un cuerpo de Médicos, un tratamiento especial, Medicamento Necesario, consistente en servicios, técnicas y equipos especiales para salvar vidas, bajo la continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para este tipo de pacientes.
- ddd) **VASOS SANGUÍNEOS:** significa las arterias que llevan la sangre desde el Corazón a las demás partes del cuerpo; y las venas que llevan al Corazón la sangre que previamente viajó por las arterias.
- eee) **ENFERMEDADES CRÓNICAS:** Aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. Incluyen, pero no se limitan a: enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular principalmente), enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónicas), enfermedades osteoarticulares invalidantes (artritis reumatoides y artrosis severa), enfermedades invalidantes, diabetes mellitus, ceguera, hipoacusia entre otras.